N° ~~11~~
3

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

ET LA

RESPONSABILITÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1908

PAR

Mlle S. BANDALINE

Née à Théodosie (Russie), le 13 novembre 1879

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

MENTION MÉDECINE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
SARDA ..... Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. De ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUÉRIN	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIÈRE.	RICHE
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SARDA, *président.*	MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Cette thèse nous procure l'occasion que nous saisissons avec empressement d'adresser aux distingués Maîtres qui nous ont guidée au cours de nos études, l'hommage de notre reconnaissance pour leurs leçons, en même temps que l'expression de notre estime respectueuse pour leur talent.

L'éloge de la vieille Faculté de Montpellier n'est plus à faire. L'enseignement d'une si célèbre Ecole ne pouvait que nous être infiniment profitable, et ce serait assez déjà pour nous rendre grandement redevable envers elle.

Mais nous avons trouvé mieux encore que le savoir dans l'obligeance que nos professeurs nous ont témoignée en toute occasion, et surtout dans la délicatesse avec laquelle certains d'entre eux se sont comportés à notre égard.

Aussi c'est d'abord à M. le Professeur Sarda, que nous sommes heureuse d'exprimer notre reconnaissance et nous le remercions ici publiquement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Le souvenir de son cours, où l'expérience du médecin-légiste le dispute à la méthode didactique du professeur, nous avait dès longtemps poussée à prendre un sujet de médecine légale. Souvent, dans notre pays, nous regretterons ses savantes leçons que nous ne retrouverons point.

En même temps nous remercions M. le Professeur Carrieu, dont l'enseignement clair et sûr, la bienveillance constante

envers ses élèves, ouvre l'intelligence et attire la sympathie. Dans sa clinique, nous avons acquis la meilleure part de notre instruction. Nous conserverons un souvenir ineffaçable de son enseignement si plein d'intérêt, comme de sa franche bonté.

C'est M. le Professeur agrégé Jeanbrau qui a bien voulu fixer notre choix sur la question si actuelle de la responsabilité médicale dans l'anesthésie. Nous lui sommes d'autant plus redevable qu'il ne s'est point borné à nous indiquer le sujet, ni même à nous fournir quelques renseignements généraux; il a mis à notre disposition, de la façon la plus obligeante et la plus étendue son expérience de chirurgien, ses documents et jusqu'à ses propres notes. Toute confuse et vraiment touchée d'une telle bienveillance, nous ne savons comment le remercier.

Ce témoignage n'est que l'expression bien faible de nos sentiments. Nous voulons que, derrière ces quelques mots, ils trouvent la pensée de grande reconnaissance qui les a simplement dictés.

MM. les Professeurs Estor et Bosc nous permettront de les assurer de notre gratitude sincère pour les leçons que nous en avons reçues et l'accueil toujours si aimable qu'ils nous ont fait dans leur service.

Que M. le Professeur Vallois et MM. les Professeurs agrégés Galavielle, Vires, Soubeyran et Leenhardt soient certains que nous ne perdrons pas le souvenir de leur aimable obligeance.

En terminant, je remercie la France. Je conserverai le souvenir de son hospitalité; car c'est toujours le pays pour lequel on garde dans le plus profond de son cœur, sinon une étincelle d'amour, au moins une très vive sympathie.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

ET

RESPONSABILITÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

INTRODUCTION

Ces dernières années, deux retentissantes décisions judiciaires attiraient l'attention des médecins et chirurgiens, se demandant avec anxiété si désormais, avant de pratiquer l'anesthésie générale, ils n'allaient pas être obligés d'exposer au patient tous ses dangers dans le plus grand détail.

A la suite d'une luxation de l'épaule mal réduite, un ouvrier blessé éprouvait, en faisant des mouvements du bras, des douleurs telles qu'il était tombé deux fois en syncope. Pour examiner l'état de l'épaule, un chirurgien provoqua l'anesthésie au chloroforme, dès le début de laquelle succomba le malade. Poursuivi en dommages et intérêts par la famille, l'opérateur fut condamné par un jugement du Tribunal de Château-Thierry, du 7 juin 1905, ainsi conçu :

« Le Tribunal,

» Attendu que sur une demande en 50.000 fr. de dom-
» mages-intérêts formée par les consorts Prévost contre
» Bours, à l'occasion du décès de Prévost (Adonis), il
» est intervenu, le 14 décembre 1904, un jugement de ce
» Tribunal nommant le docteur Saint-Cène en qualité d'ex-

» pert, avec mission de rechercher si le docteur Bours
» n'avait commis aucune imprudence ou négligence pou-
» vant engager sa responsabilité, par suite du décès de
» Prévost, survenu au cours d'une anesthésie par le chlo-
» roforme; que l'expert a procédé à sa mission et déposé
» son rapport le 17 avril 1905;

» Attendu que du très remarquable et scientifique rap-
» port du docteur Saint-Cène il ressort que Bours a pris
» de suffisantes précautions dans l'administration du chlo-
» roforme qu'il a faite à Prévost, et que le décès de celui-ci,
» survenu au début de l'absorption de cet anesthésique,
» ne saurait engager sa responsabilité; qu'à cet égard, il
» convient d'entériner purement et simplement ce rapport
» et d'en adopter les conclusions;

» Mais attendu qu'on lit aussi dans le rapport que le
» danger du chloroforme réside surtout dans les syncopes,
» très souvent irrémédiables, qu'il occasionne au début de
» son administration, et que celle-ci est d'autant plus dan-
» gereuse, que le patient est plus ou moins alcoolique;
» qu'il en résulte que ce n'est qu'avec la plus grande cir-
» conspection et dans les cas d'urgence extrême ou de
» nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne
» parfois intempérante, en un mot quand la vie du malade
» se trouve compromise, si telle ou telle opération de-
» mandant l'anesthésie n'était pas pratiquée, que le méde-
» cin, dans cette alternative, doit de son propre mouvement,
» de sa propre autorité, ne consultant que sa science et sa
» conscience, procéder à l'anesthésie du malade;

» Que s'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênan-
» tes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de
» la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou de
» plusieurs membres, mais ne mettant pas en péril la vie
» du malade, le premier devoir du médecin, à peine de com-

» mettre une faute lourde et d'engager gravement sa res-
» ponsabilité, est de prévenir le patient, non seulement de
» tous les dangers médiats ou immédiats pour sa vie, que
» peut lui faire courir l'administration du chloroforme,
» mais aussi qu'il peut parfaitement vivre, et même long-
» temps, dans l'état où il se trouve; — que ce n'est donc,
» en de pareilles conditions, qu'avec l'autorisation du malade
» bien renseigné, ou de sa famille, si celui-ci est momenta-
» nément hors d'état de se prononcer, que le praticien peut
» user librement de ce dangereux anesthésique à quelque
» point de vue que ce soit;

» Qu'on ne saurait admettre, en effet, par exemple,
» qu'afin de redresser un bossu ou un bancal plein de santé,
» un médecin, sans les avoir prévenus des graves consé-
» quences possibles d'une anesthésie, les chloroformât sans
» leur assentiment, donné en connaissance de cause; atten-
» du que la vie humaine est trop précieuse pour ne pas être
» respectée et ménagée, même avec la meilleure inten-
» tion;

» En fait : attendu qu'il résulte du rapport que le méde-
» cin Bours, ainsi qu'il l'a déclaré à l'expert, connaissait
» parfaitement l'extrême prédisposition de Prévost à la
» syncope et ses tendances à l'alcoolisme; — qu'il s'agissait,
» dans l'espèce, d'une simple luxation, supposée mal réduite
» de l'épaule, que la plus grave conséquence qui pouvait
» résulter pour Prévost de cette situation, en la tenant
» pour exacte, c'était l'impotence partielle ou totale de
» cette épaule et du bras, que si, pendant tout le reste de
» son existence, Prévost était susceptible de se trouver con-
» sidérablement gêné par cet état, sa vie n'en aurait jamais
» été en péril; qu'avant de pratiquer la dangereuse anes-
» thésie de Prévost par le chloroforme, surtout pour pro-
» céder à un simple examen, Bours a négligé de le prévenir

» des chances de mort qu'il pouvait courir; qu'il le devait » d'autant plus qu'il savait Prévost teinté d'alcoolisme, » et que les syncopes fatales étaient par conséquent plus » à redouter; — Attendu qu'en administrant le chloroforme » à Prévost, sans avoir obtenu de lui un acquiescement » donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal pos- » sible, alors que l'existence de l'intéressé n'était pas » menacée par le *statu quo*, Bours a commis une faute » lourde engageant complètement sa responsabilité.

» Par ces motifs :

» Entérine le rapport du docteur Saint-Cène, en ce qui » concerne l'absence de toute faute dans l'administration » par Bours du chloroforme ; déclare toutefois Bours » responsable d'avoir pratiqué, sans y être autorisé, en » connaissance de cause par l'intéressé, cette anesthésie, » alors qu'elle n'était pas nécessaire, puisque l'existence de » Prévost n'était pas en danger;

» En conséquence, condamne Bours à payer aux de- » mandeurs une somme de huit mille francs, à titre de » dommages-intérêts. »

C'était ériger en principe que, hormis les hypothèses où la vie du malade est menacée, le médecin doit, avant de procéder à l'anesthésie générale, non seulement lui expliquer tous ses risques, médiats et immédiats, en détail, mais encore lui déclarer formellement que sa vie n'est pas en péril et qu'il peut vivre de longues années en cet état.

Comme on l'a fait très justement observer, pareilles exigences auraient amené les médecins à renoncer à l'anesthésie générale et fait reculer la chirurgie d'un siècle en arrière (1).

(1) Chassevant, *Bulletin Société Médecine Légale*, 1906, p. 8 et 10.

Heureusement la Cour d'Amiens réforma cette décision, le 14 février 1906, par l'arrêt suivant :

« La Cour.....

» Considérant que l'expert a déposé son rapport le » 17 avril 1905; considérant qu'il résulte de ce rapport que » Bours a pris des précautions suffisantes pour l'adminis- » tration du chloroforme et que le décès de Prévost au début » de l'absorption de cet anesthésique ne saurait engager sa » responsabilité; — Considérant que les premiers juges ont » déclaré entérinerle rapport de l'expert, et ont ainsi reconnu » qu'aucune faute n'était imputable à Bours en ce qui » concerne la façon dont il a procédé à la chloroformisation;

» Considérant qu'ils ont cru néanmoins pouvoir le décla- » rer responsable de la mort de Prévost et l'ont condamné » à payer aux consorts Prévost la somme de 8.000 fr. à » titre de dommages-intérêts;

» Qu'ils ont basé leur décision sur l'imprudence qu'aurait » commise Bours en ayant recours à l'emploi du chloro- » forme : 1° alors que Prévost était teinté d'alcoolisme et » sujet à des syncopes qui rendaient la chloroformisation » particulièrement dangereuse; 2° alors qu'il était atteint » d'une infirmité qui ne mettait pas sa vie en danger; — » Qu'ils ont ajouté que tout au moins Bours aurait dû, ce » qu'il n'a pas fait, « prévenir Prévost des dangers médiats ou » immédiats auxquels l'exposait l'anesthésie» ; — Considé- » rant qu'il y a lieu pour la Cour d'examiner successive- » ment la valeur des trois arguments invoqués par les » premiers juges :

» 1° Alcoolisme et syncope :

» Considérant que Prévost avait, il est vrai, certaines » habitudes d'intempérance; mais que tous les médecins » sont unanimes pour affirmer que l'alcoolisme n'est pas » une contre-indication à l'emploi du chloroforme;

» Considérant qu'il est constant que, dans les hôpitaux » de Paris, on chloroformise fréquemment des ouvriers » blessés, alors qu'ils sont en état d'ivresse, afin de pouvoir » procéder sans retard à l'opération nécessaire;

» Considérant que les deux syncopes, plus ou moins » complètes que Prévost avait éprouvées sous l'influence de » la douleur provoquée par les mouvements du bras, ne » prouvaient nullement qu'il fût prédisposé à une syncope, » lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par » l'anesthésie;

» 2° L'infirmité de Prévost ne mettait pas sa vie en » danger et on n'aurait pas dû l'anesthésier :

» Considérant qu'il n'est pas sérieux de prétendre que » l'on ne devrait recourir à l'emploi des anesthésiques que » quand la vie du patient est en péril; qu'une telle limita- » tion priverait les blessés et les malades atteints d'affec- » tions graves, nécessitant l'intervention du chirurgien, » du soulagement que leur procure l'anesthésie;

» Considérant que la chloroformisation diminue plutôt » qu'elle ne les augmente les dangers résultant des opéra- » tions; que des souffrances souvent intolérables que les » opérations occasionnent, amèneraient certainement des » syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie;

» 3° Défaut d'avertissement de Prévost :

» Considérant que les chances de mort que fait courir » la chloroformisation sont des plus restreintes (1 /2.000);

» Considérant que le danger d'une mort subite paraît » résider surtout dans l'impressionnabilité personnelle du » patient; que cette impressionnabilité, et par suite le dan- » ger lui-même, seraient augmentés, si on le prévenait » de tous les périls médiats et immédiats auxquels peut » l'exposer, hypothétiquement d'ailleurs, l'emploi de l'anes- » thésie;

» Considérant que le devoir du médecin est, au contraire, » de rassurer le malade, de lui inspirer confiance et de cher- » cher à bannir de son esprit des appréhensions qui ne pour- » raient que lui être funestes;

» Considérant au surplus que si le docteur Bours n'a » pas formellement averti Prévost des dangers que pré- » sentait la chloroformisation, celui-ci ne les ignorait pas, » puisqu'il dit au sieur D..., qui prêtait son concours au » docteur Bours : « Tu viens assister à mon enterrement »;

» Considérant que ce propos ne prouve certainement » pas que Prévost redoutait la mort, car, dans ce cas, il » n'eût pas consenti à se laisser anesthésier; mais qu'il en » ressort tout au moins qu'il savait, comme tout le monde » d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme n'était pas exempt » de péril ;

» Considérant, en résumé, qu'à aucun point de vue, le » docteur Bours ne saurait être déclaré responsable de la » mort de Prévost;

» Par ces motifs :

» Réforme le jugement rendu par le Tribunal de Château- » Thierry, le 7 juin 1905. »

Puisqu'ils sont ainsi discutés, les médecins et chirurgiens ont le plus grand intérêt à préciser leurs droits et leurs obligations en matière d'anesthésie générale. Et devant la contradiction formelle de ces deux décisions, il leur est spécialement utile de préciser et peser les considérations qui militent en faveur de chacune d'elles, afin de déterminer laquelle a les chances les plus sérieures de fixer la jurisprudence.

CHAPITRE PREMIER

Faut-il prévenir le patient des dangers de l'anesthésie générale ?

Nul n'admet que l'on puisse anesthésier un patient malgré lui.

Faut-il toujours obtenir son consentement formel?

Mettons de côté les « *cas d'urgence* », c'est-à-dire ceux où, faute d'une intervention immédiate nécessitant l'anesthésie générale, le malade est menacé d'une mort fatale, ou tout au moins d'un mal très grave qu'il sera promptement trop tard pour réparer. Chacun s'accorde à dire que le médecin n'a besoin alors d'aucune autorisation quelconque.

De plus, en vertu d'un usage fort ancien, que l'arrêt précité de la Cour d'Amiens sanctionne dans ses motifs, on admet aussi qu'on peut procéder à l'anesthésie générale, sans consentement préalable, des blessés de la rue, apportés dans les hôpitaux sans connaissance, lorsqu'on risque, en attendant qu'ils reprennent leurs sens, ou que leur famille arrive, d'augmenter sérieusement les difficultés d'une opération nécessaire.

Le regretté doyen Brouardel aimait à rappeler que lorsqu'il était interne à Cochin, en 1858, Gosselin leur recommandait de chloroformiser dès leur arrivée les blessés atteints de fractures ou de luxations, de manière à faire des réduc-

tions ou contentions avant que la contraction musculaire ne les ait rendues plus difficiles (1). A la même époque, Velpeau faisait dans son service des recommandations identiques (2). Sous de tels patronages cette pratique ne pouvait que se généraliser. Elle est aujourd'hui définitivement reçue et universellement acceptée.

En dehors de ces hypothèses, on reconnaît que le consentement préalable du patient — nous verrons plus loin quand et comment on peut lui substituer celui de sa famille, — est indispensable pour pratiquer l'anesthésie générale. Ne place-t-elle pas, en effet, le malade sous l'entière domination de l'opérateur, et le respect de la liberté humaine n'exige-t-il pas que cette situation soit acceptée d'avance?

Pour éviter toute contestation, la prudence exige, en l'absence de témoin, que l'opérateur se munisse d'une autorisation écrite de son client.

Mais cette restriction est-elle la seule qui doive être apportée aux pouvoirs du médecin, ou ne doit-il pas aussi prévenir le malade des risques de mort auxquels l'expose l'anesthésie générale?

Mettons d'abord la question au point au moyen d'une double remarque.

D'abord, il ne s'agit évidemment pas d'astreindre le médecin à un exposé scientifique des dangers de l'anesthésie, qui risquerait fort de ne pas être compris par un malade étranger aux idées médicales, et peut-être sans aucune intelligence, ni instruction. Une telle exigence aboutirait soit à le terrifier inutilement par l'assemblage et l'étalage de termes techniques sous lesquels son ignorance cacherait des dangers plus grands que nature, soit à le laisser

(1) Rapport sur l'affaire Prévost, *Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.* 1906, t. V, p. 498.

(2) Brouardel, *L'exercice de la médecine et le Charlatanisme*, p. 375.

complètement indifférent devant un langage scientifique, dont il ne soupçonne même pas la signification.

Raisonnablement il ne peut donc être question que d'un exposé sommaire, dégagé de tout terme savant, mis à la portée de l'intelligence et de l'instruction de l'auditeur.

D'autre part, il est sans utilité de faire un tel exposé à qui se rend déjà suffisamment compte des risques de l'anesthésie, dans la mesure où le lui permettent ses connaissances et ses facultés. Pareil avertissement, dans ces conditions, serait, au contraire, susceptible de produire les effets les plus fâcheux sur le patient, tout naturellement porté à croire que cet avis ne lui serait pas donné si les dangers le menaçant n'étaient pas supérieurs à ses soupçons.

Cette idée méconnue par le Tribunal de Château-Thierry a été très nettement mise en relief au contraire par la Cour d'appel. Car l'arrêt déclare formellement le médecin poursuivi exempt de toute faute, par cela seul que le patient appréciait les risques de la chloroformisation, au moins comme les gens de son milieu.

Ces deux remarques réduisent singulièrement le champ d'application de la question soulevée. Il est aujourd'hui bien peu de personnes tellement ignorantes et bornées qu'elles ne connaissent point, au moins par ouï-dire, les dangers de l'anesthésie. Pour asseoir mieux son arrêt, la Cour n'hésite pas à dire que c'est une notion n'échappant à personne, et que tout le monde connaît ou soupçonne les risques de l'anesthésie générale. Dans la pratique, le médecin aura sûrement plus souvent l'occasion de calmer des craintes exagérées que d'éveiller celle de dangers insoupçonnés.

Quoi qu'il en soit, et sous le bénéfice de cette double réserve, doit-on imposer au médecin l'obligation d'éclairer le malade par avance sur les risques de l'anesthésie géné-

rale? Trois ordres de motifs paraissent l'astreindre à cet avertissement préalable : arguments de simple raison, arguments sociaux, arguments juridiques.

Arguments de raison d'abord. Le seul bon sens et la pure logique ne nous disent-ils pas assez que le consentement donné par un malade à l'anesthésie générale, sans en connaître les risques, est une vaine formalité, une simple façade, et presque une comédie manquant de sérieux?

Une autorisation donnée sans en comprendre la portée n'est-elle pas plus apparente que réelle, quand il n'est pas douteux, en fait, que le patient ne l'aurait pas donnée s'il avait connu les risques le menaçant?

N'est-ce pas abuser gravement de la confiance du malade que de l'exposer à des risques sans les lui laisser soupçonner?

A côté de ces considérations de raison, s'en placent d'autres d'*ordre social* non moins importantes. Le patient peut avoir, en effet, des intérêts qu'il désirerait régler immédiatement, s'il se savait exposé à des chances de mort. Ces intérêts appartiendront aux catégories les plus variées, par exemple :

Intérêts pécuniaires, notamment s'il désire faire son testament, diviser ses biens entre ses enfants, payer des dettes arrivées à terme, faire rentrer des fonds pour sa famille, liquider sa situation commerciale avec un associé, etc.;

Intérêts moraux, s'il veut nommer un tuteur à ses enfants, indiquer la direction d'après laquelle ils doivent être élevés, faire des recommandations à sa famille, régler le mode de ses funérailles, choisir le lieu de sa sépulture, etc.;

Intérêts religieux, s'il souhaite de remplir les derniers devoirs des fidèles de son culte, recevoir les secours de sa religion, etc.

Enfin à ces premiers arguments s'en ajoute un autre d'*ordre plus spécialement juridique*. Par le contrat intervenu entre le malade et le médecin, le second ne reçoit pas du premier carte blanche pour le traiter absolument comme il l'entendra. En appelant à lui le médecin, le malade ne s'abandonne pas complètement à sa discrétion. Sans doute, le médecin n'est pas astreint à lui demander son consentement à chaque nouveau moyen thérapeutique qu'il met en œuvre, mais la liberté que son client lui laisse ne va pas jusqu'à lui permettre à l'avance d'employer les moyens de cure présentant des risques exceptionnels; et dans ce nombre ne doit-on pas compter l'anesthésie générale? Un rapprochement d'ailleurs s'impose : si un chirurgien n'a pas le droit de priver le patient de sa jambe ou de son bras, sans son autorisation formelle, ne lui faut-il pas à plus forte raison obtenir l'autorisation de risquer sa vie par l'anesthésie?

Si pressantes que soient ces considérations, elles ne sont pourtant pas décisives. Bien des arguments militent en sens contraire. Les meilleurs sont encore les arguments médicaux; et, faisant œuvre médicale, ce sont les seuls que nous allons présenter.

CHAPITRE II

Les inconvénients résultant de l'avertissement du malade : la mort par inhibition

L'anesthésie générale comporte par elle-même des dangers immédiats : nous étudierons dans le chapitre suivant le mécanisme des syncopes primitives et des syncopes secondaires qui se produisent, les premières au début de l'anesthésie, les secondes lorsque l'organisme est saturé de chloroforme ou d'éther.

Il est facile de prévoir que l'état moral du sujet n'est pour rien dans le cas où un anesthésiste inexpérimenté donne des doses exagérées de chloroforme et intoxique le sujet, ou lorsque l'anesthésie est prolongée pendant plusieurs heures. Mais dans les accidents du début, alors que le patient respire les premières vapeurs de l'anesthésique, il n'en est plus de même.

Le danger de la syncope primitive est accru par la peur qui, elle seule, peut la déterminer.

La mort par choc moral est une variété de mort par inhibition; leur mécanisme est identique. Dans la mort dite par inhibition à la suite d'un léger traumatisme sur le larynx, le creux épigastrique, les testicules, le col utérin, voici ce qui se passe : une excitation arrive au bulbe, siège des centres respiratoire et circulatoire. Cette excitation

suspend l'activité de ces centres et, par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique, inhibe brusquement le cœur qui s'arrête définitivement.

Une émotion violente fait de même : on meurt de terreur, de joie ou de douleur (1). En voici quelques exemples typiques.

Louder Brunton raconte que les étudiants se saisissent du portier du Collège royal d'Aberden et lui annoncent qu'ils vont lui trancher la tête. Ils l'agenouillent et le frappent à la nuque avec une serviette mouillée. Quand on le relève, il était mort.

Thiers raconte que le terroriste Hébert, appelé le 24 mars 1794 à monter à son tour sur cet échafaud où il avait fait monter de si nombreuses victimes, s'évanouit à la vue de la guillotine. Il était mort lorsqu'on l'attacha sur la bascule (2).

Voici un fait plus récent et peu connu (3) : lors de l'épouvantable cataclysme qui, le 8 mai 1902, ravagea la Martinique et détruisit la ville de Saint-Pierre, tous les navires qui étaient dans la rade périrent incendiés. Un seul, le *Roddus*, parvint à s'échapper et put arriver indemne, sans la moindre avarie, à Sainte-Lucie. Le capitaine, passant l'inspection de son navire, découvrit dans le salon du bord les cadavres de plusieurs matelots; effrayés par l'éruption volcanique soudaine et la pluie de feu tombant sur leur tête, ces malheureux s'étaient réfugiés en toute hâte à cet endroit et y étaient morts de peur, car ils ne portaient aucune trace de blessure.

En temps d'épidémie, la peur est une cause certaine de

(1) La *Chronique médicale*, tome IV, pp. 313, 507 et 15 janvier 1906, p. 33.

(2) Thiers. *Histoire de la Révolution*, livre V, p. 371, et Lenôtre, *La Guillotine*, 1904, p. 298-299 (in *La Chronique Médicale*, 1906, p. 34).

(3) La *Chronique médicale*, *loc. cit.*

mort, soit par syncope brusque à l'annonce du décès de tel ou tel parent, soit en créant dans l'organisme un état de moindre résistance qui favorise la contagion et hâte l'issue fatale.

Lors de la peste de Lyon en 1628, pour ne citer qu'un exemple, la mortalité considérable provoqua dans le peuple une véritable folie : « Il y avait, dit Grillot (1), des femmes qui, au bruit de la sonnette attachée au tombereau pour avertir les passants de s'éloigner, tombaient mortes. On en vit aussi d'une fortune et d'une condition au-dessus du commun, qui, ayant entendu sonner la prière pour demander à Dieu la cessation du fléau, furent saisies d'une telle frayeur qu'elles tombèrent malades en rentrant chez elles, et moururent. »

Est-ce la terreur de l'anesthésie ou celle de l'opération qui tue par syncope le malade qu'on vient de placer sur la table d'opération? C'est bien difficile à dire.

Avant la découverte de l'anesthésie, c'était par crainte des terribles douleurs que devait supporter le malheureux, à qui on allait amputer un membre ou ouvrir un abcès — les seules opérations qu'on pratiquait à cette époque.

Desault, Travers, Robertson, ont cité des exemples de ces morts par peur de l'opération, et elles ont dû être autrement nombreuses que les morts par angoisse pré-anesthésique. Il est probable qu'un grand chirurgien d'aujourd'hui éprouverait une impression bien pénible s'il était reporté cent ans en arrière, et s'il assistait à une opération faite par Dupuytren. Les hurlements du malade, ses supplications, sa lutte avec les aides qui le maintiennent, l'effroyable expression de douleur sur son visage convulsé, tout cela ne peut être supporté que par des hommes accoutumés depuis longtemps à ces scènes de barbarie.

(1) Grillot *Peste de Lyon*, p. 63 (*Chronique Médicale, loc. cit.*).

Pour être chirurgien, il fallait avoir, à cette époque, une psychologie bien différente d'aujourd'hui. On devait « naître » chirurgien, comme il faut probablement « naître » bourreau.

Lors de la discussion qui s'est élevée en 1905 à la Société de Chirurgie de Paris sur les dangers réels du chloroforme, tous les chirurgiens ont été d'accord pour faire la part de l'angoisse pré-anesthésique.

On cita le cas de malades morts dans l'ascenseur qui les apportait à la salle d'opération. Quel soulagement pour l'anesthésiste, qui se serait reproché comme un meurtre la mort de son malade, si celui-ci avait succombé quelques minutes plus tard, au moment où il lui aurait placé sur le nez la fameuse compresse, en lui répétant les mots sacramentels : « Respirez bien et n'ayez pas peur! Vous allez dormir tout de suite. »

On rappela le cas publié par ce chirurgien de Bordeaux, pour prouver qu'au début de l'anesthésie, on peut mourir d'inhibition émotionnelle, sans que le chloroforme y fût pour rien. Ce chirurgien examinait un malade devant ses élèves; le patient était sur son lit, dans la salle des malades, et il n'était pas question de l'opérer. D'ailleurs on n'avait apporté ni instruments, ni masque à anesthésie, ni rien qui pût faire penser au malade qu'il allait subir une opération.

Arrivé à la discussion du traitement, le chirurgien trace avec un crayon une ligne sur la région malade, en disant : « Je ferai une incision suivant cette direction. » Le malade pâlit, et meurt en quelques secondes.

Il est bien évident que si ce sujet, particulièrement émotif, avait succombé en respirant les premières gouttes d'anesthésique, on n'aurait pas manqué d'accuser le chirurgien de l'avoir tué par le chloroforme (1).

(1) Voyez les autres exemples cités par Brouardel dans son rapport : *Ann. hyg. pub.*, 1906, V, p. 190 et suiv. ; et l'*Exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 380.

Le rôle de la peur dans la production des syncopes mortelles a donc une importance telle qu'il faut éviter de développer chez les malades la crainte de l'anesthésie. Cependant le public qui, chaque jour, utilise les moyens de locomotion les plus dangereux avec insouciance, entretient soigneusement la mauvaise réputation du chloroforme. Il n'y a pas de semaine où un chirurgien n'entende dire : « Je ne crains pas l'opération. Je sais qu'aujourd'hui on ne perd pas de sang, on ne souffre pas. Ce que je crains, c'est le chloroforme. J'ai peur de m'endormir et de ne plus me réveiller. » Evidemment, comme les exemples précédents le démontrent, c'est courir un gros risque que de faire endormir avec l'idée qu'on va mourir d'anesthésie. Aussi les chirurgiens ont-ils pour principe de renvoyer les malades qui, sur la table d'opération, tremblent de tous leurs membres et sont verts de peur. Il faut donc vulgariser l'inocuité de l'anesthésie et fournir des données rassurantes ; il faut qu'on sache qu'on endort tous les jours des cardiaques, des malades très anémiés, très affaiblis, souvent cachectiques. En cas d'urgence, on ne s'arrête pas à telle ou telle tare organique, qui pour une opération sans urgence serait une contre-indication formelle; et cependant combien sont rares les décès par anesthésie!

Pierre Delbet, dans une conférence faite en 1901 sur l'évolution de la chirurgie, concluait après avoir dépouillé de nombreuses statistiques : « En somme, il est moins dangereux de se faire chloroformiser que de monter dans une automobile conduite par un chauffeur un peu audacieux. »

Cela veut-il dire que, chez les gens qui n'ont pas peur, l'anesthésie générale soit sans dangers? Nullement. La méthode d'anasthésie générale absolument inoffensive n'est pas encore découverte. Qu'il s'agisse de chloroforme, d'éther, de chlorure ou bromure d'éthyle, toute anesthé-

sie générale chez l'homme le plus robuste et le plus sain peut provoquer la mort par syncope, par intoxication ou par asphyxie.

Il y a des risques, comme dans toute opération, même la plus bénigne, comme dans toute entreprise humaine. Nous allons les indiquer rapidement, pour en déduire les indications respectives de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale.

CHAPITRE III

Les dangers immédiats réels de l'anesthésie générale

Nous ne saurions mieux faire que de résumer en quelques lignes ce que dit M. Arthus dans son remarquable ouvrage de physiologie (1).

Avant de pénétrer dans le sang, les vapeurs de l'anesthésique peuvent, en agissant comme irritants sur les muqueuses des premières voies respiratoires, déterminer d'importantes réactions réflexes, dans le domaine de la respiration et de la circulation. Les vapeurs anesthésiantes provoquent ces phénomènes, soit par les impuretés qu'elles peuvent contenir (acide chlorhydrique par exemple), soit par elles-mêmes quand, inhalées trop brusquement, elles surprennent pour ainsi dire la muqueuse, *ou quand l'excitabilité du sujet est exagérée.*

L'irritation des muqueuses nasale et laryngée, dit M. Arthus, provoque un ralentissement plus ou moins marqué du cœur et de la respiration, pouvant aller jusqu'à la syncope cardiaque ou respiratoire. L'excitation est portée aux centres nerveux par les rameaux nasaux du trijumeau ou des nerfs laryngés: la syncope cardiaque résulte d'une réflexion de l'influx centripète par le nerf pneumogastrique. La syncope respiratoire résulte d'une inhibition

(1) Arthus. Eléments de physiologie, 2e éd., 1905, p. 674, Masson, éd.

du centre respiratoire. Elle est en général temporaire, tandis que la syncope cardiaque est mortelle.

Ces syncopes primitives sont encore appelées laryngo-réflexes. On les produit avec la plus grande facilité chez le lapin : une goutte de chloroforme tombant dans la narine d'un lapin le tue une fois sur quatre par syncope cardiaque.

La première période d'anesthésie étant franchie, on assiste à l'envahissement progressif du système nerveux par l'anesthésique. Si l'on administre trop rapidement une grande quantité de chloroforme, le pouls s'accélère, monte à 130, 140, 150, puis se ralentit. Enfin survient une syncope cardiaque dite *syncope secondaire* ou *bulbaire* précédant de peu l'arrêt de la respiration, — syncope mortelle presque toujours, comme les syncopes cardiaques primitives.

Si l'on prolonge trop longtemps ou si l'on pousse trop loin la chloroformisation, il se produit, dit M. Arthus, une parésie, puis une paralysie du centre respiratoire déterminant une syncope *respiratoire secondaire* ou *apnée toxique*. Les mouvements respiratoires deviennent petits, superficiels et cessent avant que le cœur se soit arrêté.

Heureusement nous connaissons des moyens d'éviter ces accidents : 1° employer des produits anesthésiques chimiquement purs; 2° graduer l'administration de l'anesthésique en donnant des vapeurs d'abord pauvres en chloroforme, puis progresser lentement en surveillant attentivemens le pouls, la respiration et la pupille; 3° atropiner le sujet en lui injectant une heure avant l'anesthésie un centigramme de morphine, et un demi-milligramme de sulfate d'atropine (Dastre). L'atropine, en supprimant l'appareil modérateur cardiaque, supprimerait la syncope cardiaque secondaire.

Ces dernières années un grand progrès s'est réalisé dans l'anesthésie. Plusieurs chirurgiens ingénieux ont inventé

des appareils permettant d'administrer des vapeurs titrées de chloroforme et d'oxygène (appareils Roth-Drager), un mélange variable d'air et de chloroforme (appareils de Ricard, de Régnier, de Tuffier, de Soubeyran-Demelle), un mélange d'acide carbonique et d'éther (appareil d'Ombredanne).

M. Arthus ne prévoyait pas de sitôt la réalisation de ces appareils, puisqu'il dit dans son livre : « On ne peut songer à faire entrer dans la pratique les appareils encombrants et compliqués auxquels on a recours dans la méthode des mélanges titrés. »

A l'heure actuelle, grâce à ces appareils, les dangers de l'anesthésie sont notablement diminués. Grâce à eux, le malade ne risque plus de respirer du chloroforme pur, ou de recevoir dans ses narines une goutte de chloroforme ou d'éther, accident qui peut tuer par syncope cardiaque réflexe. Le malade respire un mélange titré d'air et de vapeurs de chloroforme. On gradue à volonté le titrage du mélange; et on obtient des anesthésies meilleures, sans alertes, avec une quantité d'anesthésique notablement plus faible.

Cela veut-il dire que l'on ne doit plus anesthésier à la compresse, ou avec les masques dont on se servait jusqu'à l'invention des appareils? Non. On ne peut exiger de tout praticien qu'il possède un appareil coûteux, compliqué, dont il se servira rarement, et qui, *par ce fait même, ne fonctionnera pas lorsqu'il en aura besoin.* Mais un chirurgien de profession doit utiliser les appareils qui constituent un progrès notable dans l'anesthésie.

Evidemment les cardiaques, les emphysémateux, les cachectiques, les malades dont le foie et les reins sont altérés, constituent une catégorie de sujets chez lesquels les risques de l'anesthésie sont inévitables. Mais on peut les réduire, en administrant le chloroforme avec parcimonie, en sou-

tenant le cœur avec de la digitaline (un milligramme en quatre fois la veille de l'opération), en injectant de la caféine et du sérum artificiel au milieu et à la fin de l'anesthésie.

C'est surtout chez ces malades, que l'on n'opère guère qu'en cas d'urgence, que le chirurgien discutera les indications respectives de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale. Nous allons étudier ce point particulier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Limites du droit à l'anesthésie générale. Quand doit-on lui substituer l'anesthésie locale ?

Ce point est difficile à préciser, parce qu'il faut tenir compte d'un grand nombre de circontances : sensibilité du sujet, nature et complications possibles de l'opération, conditions d'assistance du chirurgien, de milieu, etc.

Certaines personnes exigent qu'on les endorme au chloroforme pour leur enlever un chicot. D'autres se refusent à tout autre mode d'anesthésie que la cocaïne localisée pour une cure de hernie ou d'hémorrhoïdes.

Quoi de plus simple qu'une kélotomie? La cocaïne peut suffire en général. Mais si l'on tombe sur un intestin sphacèlé, comment réséquer, suturer et terminer par une opération qui évitera au malade la pénible infirmité de l'anus contre nature? Il en est ainsi de beaucoup d'opérations.

L'état de faiblesse du malade, l'asystolie, la dyspnée asphyxique par suite d'un épanchement pleural abondant qui a refoulé le cœur, et aplati le poumon dans la gouttière costo-vertébrale, voilà également des cas ou l'anesthésie générale est contre-indiquée. L'anesthésie localisée sera évidemment préférée et même employée exclusivement surtout lorsque, l'opération ne nécessite qu'une courte incision, comme dans la pleurésie purulente.

Peut-on substituer dans le cas où l'anesthésie générale

est dangereuse, l'analgésie rachidienne? Ces dernières années, M. Tuffier a précisé et vulgarisé la rachi-cocaïnisation dont il a obtenu des résultats excellents. Puis on a substitué la stovaïne à la cocaïne, et M. Chaput s'est fait l'ardent défenseur de la rachi-stovaïnisation. Est-ce difficulté technique? Est-ce par appréhension d'injecter dans le liquide céphalo-rachidien de ses congénères, comme le disait M. Quénu à la Société de Chirurgie, que cette méthode reste le monopole de ses promoteurs et ne détrône ni le chloroforme, ni l'éther? Les revers qui ont été observés, proportionnellement fréquents en comparaison de ceux de l'anesthésie générale, permettent de conclure que la question n'est pas résolue.

On peut dire que, sauf entre les mains de trois ou quatre chirurgiens, l'anesthésie médullaire comporte des risques beaucoup plus nombreux que l'anesthésie au chloroforme et à l'éther. Il ne nous paraît donc pas qu'on puisse, à l'heure actuelle, discuter les indications et contre-indications de l'anesthésie rachidienne.

En résumé, préciser les limites de l'anesthésie générale nous paraît impossible. Si l'on n'endormait que les malades chez lesquels la vie est en danger comme le désirait le juge de Château-Thierry, le chirurgien se réduirait aux opérations d'urgence dont la mortalité est effroyable : 30 p. 100 dans les hôpitaux de Paris (coups de couteaux ou de revolvers, écrasements et tamponnements, etc.). On attendrait pour opérer une hernie que celle-ci se soit étranglée, pour enlever un appendice qu'il se soit gangrené, pour ouvrir un phlegmon que le malade soit en pleine septicémie. Ce serait, pour éviter de rares accidents d'anesthésie chez quelques personnes, priver le tiers de l'humanité des bienfaits de la chirurgie moderne.

Si ce raisonnement séduisait quelques esprits, on pour-

rait proposer de supprimer les chemins de fer pour éviter les accidents qui, chaque année, font, dans un pays comme la France, une centaine de victimes.

En réalité, le chirurgien doit rester juge de l'opportunité de l'anesthésie générale. Qu'il fasse des réserves auprès de la famille ou du malade, c'est entendu. Quant à vouloir légiférer pour classer les cas où le médecin a le droit de faire l'anesthésie et ceux où il n'a pas ce droit, il nous paraît qu'en l'état actuel de la science, il n'y faut pas songer.

CHAPITRE V

L'Anesthésie générale devant la Jurisprudence

SECTION PREMIÈRE

CONDITIONS REQUISES POUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

§ 1er

Questions relatives au patient

La jurisprudence a toujours tenu pour nécessaire le consentement du patient pour l'endormir. Le Conseil de Préfecture de la Seine a rendu sur ce point une décision formelle que nous retrouverons en parlant des expertises (1).

Avant l'affaire de Château-Thierry, les juges ne demandaient rien de plus, et n'exigeaient nullement que le patient ait été renseigné en détail sur les risques de l'anesthésie générale. Dans toutes les décisions judiciaires concernant la responsabilité médico-chirurgicale, pour opération comportant l'anesthésie, on ne trouve jamais un mot exigeant autre chose que le consentement préalable de l'intéressé (2).

(1) Conseil de préfecture de la Seine, 14 mai 1889, *Le Droit*, 17 mai 1889.

(2) Paris, 30 juin 1853, *Le Droit*, 1er juillet 1853; Trib. Lille, 8 avril 1873, *Dalloz*, 1873, 3, 79; Trib. Seine, 27 sept. 1885, Brouardel, *les Asphyxies*, p. 411; Liège, 30 juillet 1890, *Sirey*, 1895. 2, 237 (en note); Alger, 7 mars 1894, *Sirey*, 1895, 2, 237, *Dalloz*, 1895, 2, 69.

Il eût été fâcheux que ce jugement introduisît définitivement une aussi grave innovation dans le monde judiciaire, surtout au moment où l'augmentation constante des affaires d'accidents du travail multiplie chaque jour le nombre des hypothèses où il devient nécessaire d'opérer sous chloroforme.

Aussi comprend-on les résistances que lui opposèrent les médecins.

A la Société de Médecine légale, le docteur Chassevant s'éleva contre cette thèse en lui opposant des arguments d'ordre médical, dans un rapport dont les conclusions furent votées sans opposition à la séance du 8 janvier 1906 (1).

Devant la Cour d'Amiens, le prévenu produisit un rapport du savant doyen Brouardel, dont le nom fait autorité en la matière, concluant, au nom des nécessités médicales, à la réformation du jugement (2).

Heureusement la Cour, se rangeant à cet avis, décida que le chirurgien n'était nullement tenu d'exposer au malade les dangers du chloroforme. Parmi les motifs de son arrêt, il en est particulièrement deux qui, par leur importance et leur généralité, méritent d'être retenus :

1° Etant certain que la crainte aggrave les risques du décès dans l'anesthésie générale, il est, dit la Cour, du devoir du médecin de rassurer son malade et de lui donner confiance, en s'abstenant soigneusement de l'impressionner par l'exposition détaillée des risques hypothétiques;

2° Les risques de l'anesthésie générale sont trop minimes en fait pour être considérés comme exceptionnels; aussi

(1) Chassevant : *De la responsabilité des Médecins dans l'emploi des anesthésiques. Bulletin de la Société de Médecine légale*, 1906, p. 3 et s.

(2) Reproduit dans les *Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, 1906, v., p. 481 et s.

doivent-ils être tenus pour acceptés par le malade sitôt qu'il accepte d'être endormi.

La Cour adopte comme proportion des risques le chiffre de 1 /2000. C'est une moyenne.

Dans les hôpitaux de Paris, on fait plus de 100 chloroformisations par jour, et quelquefois l'année se passe sans aucun décès (1).

Les statistiques dressées après la campagne d'Italie accusent un décès pour 10.000 anesthésies (Baudens) (2); et après la guerre de Sécession 1 pour 11.000 (3).

D'après le rapport de M. Chassevant à la Société de Médecine légale, il y aurait un décès par 1.200 à 3.000 chloroformisations (4).

D'après Julliard la proportion serait de :

1 décès sur 3.258 chloroformisations (pour 524.507 cas observés ;

1 décès sur 14.987 éthérisations (pour 314.738 cas observés (5).

Certains opérateurs ont fait de 7.000-15.000 anesthésies sans aucun accident (6).

De tels risques ne sont certainement pas supérieurs à ceux des chemins de fer, bateaux à vapeur, tramways électriques, cycles et automobiles de toutes sortes, ou autres engins tout à fait entrés dans les usages de la vie, et que nul n'hésite à employer couramment.

Le sommeil chloroformique n'augmente donc pas sen-

(1) Chassevant, *op. et loc. citt.*, p. 11.

(2) *Ibidem*, p. 11.

(3) Brouardel, *l'Exercice de la médecine et le Charlatanisme*, p. 370.

(4) Chassevant, *op.* et *loc. citt.*, p. 11.

(5) Cité par P. Bégouin, *le jugement du président Magnaud*, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 novembre 1905, p. 831.

(6) Chassevant, *op.* et *loc. citt.*, p. 11.

siblement les chances ordinaires de décès, que l'on court dans la vie journalière, et l'on doit en faire rentrer les dangers dans les risques normaux de l'existence moderne.

Il n'est pas douteux qu'un arrêt si solidement étayé, d'ailleurs si conforme à la solution implicite de l'ensemble des arrêts antérieurs, ne fixe définitivement la jurisprudence. Sa thèse avait rallié les juristes de la Société de Médecine légale (1), et il a reçu lui-même l'approbation d'un savant jurisconsulte (2).

§ 2

Questions relatives à la famille du malade

A la place de celle du patient, d'autres autorisations sont parfois nécessaires. Lorsque, pour un motif quelconque, il se trouve hors d'état d'exprimer un consentement raisonnable, le médecin, pour obtenir l'autorisation requise, doit s'adresser à sa famille en la personne de son chef (père, mari ou tuteur).

Les règles que l'on doit observir ici ne sont point des principes juridiques relatifs aux « *incapacités* » légales, écrits surtout en vue de l'administration des biens, et l'on doit s'inspirer ici du droit naturel et de la raison, plus que des lois civiles.

Ainsi ce sera d'abord une question de fait que de savoir si le patient est en état de donner un consentement raisonnable. On doit consulter sa famille à sa place non seulement quand il est enfant ou aliéné, mais encore lorsqu'une circonstance toute momentanée, par exemple son état actuel

(1) Les conclusions du rapport de M. Chassevant furent votées à l'unanimité *Bulletin de la Société Méd. lég.*, 1906, p. 16.

(2) Note de M. le professeur Mérignhac (*Dalloz*, 1907, 2, p. 45).

de santé, l'empêche de s'exprimer librement et sérieusement. Le jugement précité de Château-Thierry l'admet lui-même.

Les personnes dont le consentement sera demandé seront les protecteurs naturels bien plus que les représentants légaux du malade. Ainsi Brouardel cite un jugement du Tribunal de la Seine repoussant une demande en indemnité intentée par un mari contre deux chirurgiens pour une anesthésie générale pratiquée sans son consentement, ayant amené la mort de sa femme, quoique le divorce demandé par l'un d'eux n'eût pas encore été prononcé, parce que, depuis cinq ans, les époux vivaient complètement séparés (1).

De même lorsque des malades, quoique mineurs de 21 ans, sont cependant en âge d'homme, il n'est pas besoin du consentement de leurs parents; chacun devant avoir sur sa vie et sa santé, les plus personnels des biens, un droit de libre disposition sitôt que le développement de sa raison le permet (2).

§ 3

Questions relatives à l'opérateur

Qui a le droit de pratiquer l'anesthésie générale?

Théoriquement, on pourrait soutenir que l'anesthésie, n'étant pas en elle-même un moyen de cure, ne rentre pas dans les actes de *traitement* interdits aux profanes par les lois sur l'exercice de la médecine (loi du 30 novembre 1892, art. 16-1°) (3).

(1) Brouardel, *l'Exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 372.

(2) Brouardel, *la Responsabilité médicale*, p. 96 et s.

(3) Sur le droit pour les personnes étrangères à la médecine de faire des actes d'exploration, voy. le *Bulletin de la Semaine Médicale* du 17 janv. 1906, p. 28.

Mais en pratique, sauf les expertises où l'on en use uniquement comme moyen d'exploration et dont nous parlerons plus loin, on l'emploie seulement en vue de procéder ensuite à des actes de traitement, dont elle devient partie intégrante; et c'est alors une intervention réservée aux personnes possédant des titres spéciaux.

Cette argumentation théorique est confirmée et complétée par l'art. 32, § 2, de la loi du 30 novembre 1892, qui ne permet pas aux dentistes non diplômés, maintenus transitoirement dans l'exercice de leur profession, de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

De ces deux arguments résulte que seules ont le droit d'endormir les personnes ayant celui d'exercer la médecine ou l'art dentaire. Ce sont :

1° Les docteurs en médecine (diplôme d'Etat), légalement aptes à faire tout acte médical (loi précitée, art. 1er);

2° Les officiers de santé, qui possèdent depuis 1892 tous les droits des docteurs, y compris celui de faire les *grandes opérations* (loi précitée, art. 29 et art. 32, § 2);

3° Les médecins étrangers autorisés à l'exercice en France, soit par décision gouvernementale spéciale antérieure à 1892 (loi précitée, art. 28), soit par conventions diplomatiques (Traité entre la France et le Luxembourg, 30 septembre 1879 et 22 janvier 1880; entre la France et la Belgique, 12-27 janvier 1881; entre la France et la Suisse, 29 mai 1886, 25 juillet 1889) ;

4° Les chirurgiens-dentistes régulièrement diplômés; l'anesthésie, depuis la loi du 30 novembre 1892, et le décret du 25 juillet 1893 (art. 3) rendu pour son exécution, faisant partie de leur programme d'examen, se trouve implicitement mise au nombre de leurs attributions (loi précitée, art. 32, § 2);

5° Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants dont la scolarité est terminée, autorisés à l'exercice de la médecine, ou de l'art dentaire, en temps d'épidémie ou comme remplaçants d'un médecin, par arrêté préfectoral valable pour trois mois, et indéfiniment renouvelable (loi précitée, art. 6).

De plus, en vertu d'une longue tradition, d'ailleurs conforme au but de l'institution des internes, qui est de suppléer leur chef en son absence, on admet qu'ils ont le droit de pratiquer l'anesthésie sur les malades apportés dans leur service, sans attendre l'arrivée de leur chef, s'il y a quelque avantage à la pratiquer immédiatement (1).

Pour éviter toute difficulté, à Paris, le Préfet de la Seine appose tous les trois mois sa signature au bas des listes des internes ayant douze inscriptions, spécialement dans le but de les habiliter à la chloroformisation (2).

Nulle autre personne n'a le droit de pratiquer l'anesthésie, du moins sans la présence d'un médecin ou de toute autre personne ayant légalement qualité pour y procéder (3). Il en est ainsi notamment des dentistes inscrits à la patente au 1er janvier 1892, maintenus à titre transitoire dans l'exercice de leurs fonctions, pour qui la loi le déclare expressément (loi précitée, art. 32, § 2).

La sanction de cette défense varie suivant les cas.

En règle générale, la pratique irrégulière de l'anesthésie est poursuivie comme exercice illégal de la médecine, et punie d'une amende de 100 à 500 fr. ou en cas de récidive d'une amende de 500 à 1.000 fr. et d'un emprisonnement

(1) Brouardel, *l'exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 375.

(2) Brouardel, *Ibidem*, p. 373.

(3) Rouen, 7 juillet 1906, supplément à la *Semaine Médicale* du 13 fév. 1907; Trib. Lille, 8 avril 1873, *Dalloz*, 1873, 3, p. 79.

de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement (loi précitée, art. 18, § 1); — ou de l'art dentaire, si c'est en vue d'opération dentaire qu'elle est faite (1), et punie d'une amende de 50 à 100 fr. ou en cas de récidive d'une amende de 100 à 500 fr. (loi précitée, art. 18, § 2).

Mais il faut alors reprocher au prévenu des actes médicaux habituels, ou une direction suivie dans le traitement (loi précitée, art. 16-1°).

Par exception, pour les dentistes non diplômés et simplement patentés, l'anesthésie est poursuivie comme exercice illégal avec usurpation du titre de chirurgien-dentiste, et punie comme tel d'une amende de 100 à 500 fr. et en cas de récidive d'une amende de 500 à 1.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement (art. 32, § 3, et 19, § 2).

Dans ce deuxième cas, il suffit de relever contre le prévenu un fait unique et isolé, sans qu'il soit besoin ni d'habitude, ni de direction suivie.

§ 4

Questions relatives à l'opération

Attribuant à l'anesthésie générale des risques exceptionnellement graves, le Tribunal de Château-Thierry avait tenté de poser en principe qu'on doit la réserver aux seuls cas où l'intervention est provoquée par un mal mettant la vie du malade en danger.

Logique avec son point de départ, cette solution devait tomber avec sa base.

Aussi, après avoir reconnu que ces risques n'ont rien de

(1) Rouen, 7 juillet 1906, précité.

menaçant, la Cour d'Amiens a-t-elle été tout naturellement conduite à repousser une pareille limitation, et d'après elle, il faut très largement permettre au médecin d'employer l'anesthésie générale.

Il serait d'ailleurs bien inutile d'essayer de remonter le courant de nos mœurs actuelles, admettant depuis longtemps qu'on endort les malades pour opérer des maux sans aucune gravité pour leur vie, dans le seul but de leur éviter des douleurs vives. Brouardel observe que la réduction des luxations de la hanche, du genou, du coude, de l'épaule, ou le redressement d'une ankylose seraient à peu près impossibles sans endormir, à cause des douleurs occasionnées (1).

Il faut observer, en outre, que l'anesthésie diminue les chances de décès en supprimant les douleurs. Sans elle, surtout dans les opérations de longue durée, le malade, s'épuisant, s'exposerait au « choc opératoire », au collapsus et à la mort (2).

Est-ce à dire qu'un chirurgien peut endormir sans tenir aucun compte de la gravité de l'opération? Ce serait exagéré. Les tribunaux déclarent engager la responsabilité du médecin qui endort son malade pour une opération tout à fait bénigne (3), notamment pour l'extraction d'une dent qui ne paraissait pas devoir être particulièrement douloureuse (4).

Le médecin jouira donc de la plus grande liberté pour décider s'il doit pratiquer l'anesthésie générale, à la seule condition que les douleurs menaçant le patient soient assez

(1) Brouardel, rapport précité, *Ann. hyg. pub.* 1906, v, p. 500.

(2) Brouardel, *Ibidem*, p. 500.

(3) Brouardel, *l'Exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 378.

(4) Trib. Seine, 27 septembre 1885; Brouardel, *les Asphyxies*, p. 411; Trib. Lille, 8 avril 1873, Dalloz 73, 2, 79.

vives pour désirer les lui épargner, en tenant d'ailleurs compte de son sexe, de son âge, de sa santé, et de son impressionnabilité. En cas de doute, le mieux est de se référer à l'usage qui admet parfaitement la chloroformisation pour des amputations supportables à la rigueur à l'état de veille, l'amputation d'un doigt par exemple.

§ V

Cas d'urgence

Ceux-ci échappent à toutes les restrictions précédentes pour laisser au médecin comme seul guide l'intérêt du malade.

Qu'appelle-t-on cas d'urgence? Le Tribunal de Château-Thierry tendrait à en restreindre la notion aux seules hypothèses où la vie du malade est en danger. L'usage assimile depuis longtemps à cette hypothèse celle où le défaut d'intervention immédiat exposerait seulement le malade à un mal grave, ou même rendrait simplement plus difficile l'opération nécessaire. C'est ainsi, comme nous l'avons déjà dit, que l'on chloroformise d'urgence les blessés de la rue apportés dans les hôpitaux afin de les opérer avant que les contractions n'aient rendu les réductions et contentions plus difficiles. En l'absence de définition légale, on admet généralement que le juge pourrait aller jusque-là (1).

Les conséquences de l'urgence sont d'affranchir l'opérateur de toutes sortes de restrictions. Il n'est même pas nécessaire qu'il ait un diplôme quelconque, les lois sur l'exercice de la médecine écartant toute idée de délit en

(1) Dubrac, *Tr. de jurisprudence médicale*, p. XLVI, n° 320, p. 315; Pabon, *Manuel juridique du médecin*, n° 30; Roland, *les Médecins et la loi du 30 novembre* 1892, n° 239.

cas d'urgence (loi 30 nov. 1892, art. 16-1°). A plus forte raison serait-il exempt d'obtenir le consentement du malade, comme le reconnaît lui-même le jugement de Château-Thierry, ou celui de sa famille comme on le fait dans les hôpitaux pour les blessés apportés en état d'ivresse. Enfin il serait même dispensé de prendre les précautions ordinaires (décubitus dorsal par ex.) dans la mesure où elles ne seraient pas immédiatement possibles.

SECTION II

RESPONSABILITÉ EN CAS D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Le médecin qui endormirait son malade sans son consentement engagerait évidemment sa responsabilité si un accident survenait.

Mais en dehors de cette hypothèse, son droit d'anesthésier n'étant pas plus restreint que celui de faire tout autre acte de son art, sa responsabilité sera soumise absolument aux règles auxquelles habituellement elle est soumise.

Ces règles ont été posées en 1835 dans un réquisitoire du Procureur général Dupin, devant la Cour de Cassation, en termes si nets et si frappants qu'il est d'usage de les rappeler quand on parle des bases de la responsabilité médicale :

« Il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné » à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets » salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préfé- » rable, si une telle opération était ou non indispensable, » s'il y a eu imprudence ou non à la tenter, adresse ou mala- » dresse à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après » tel ou tel autre procédé, elle n'aurait pas mieux réussi.

» Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre

» docteurs, et qui ne peuvent pas constituer des cas de » responsabilité civile et tomber sous l'examen des Tri- » bunaux.

» Mais du moment que les faits reprochés aux médecins » sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont » exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la » science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, » de légèreté, ou d'ignorance des choses qu'on doit nécessai- » rement savoir, la responsabilité de droit commun est encou- » rue et la compétence de la Justice est ouverte.

» Qu'un médecin ordonnance une potion, qu'il propor- » tionne les éléments dont il la compose d'une manière » plus ou moins salutaire, plus ou moins en harmonie » avec le mal et avec le tempérament du malade, jusque-là, » il peut n'y avoir qu'un fait soumis aux discussions scien- » tifiques des docteurs; mais qu'il prescrive une dose telle » qu'elle a dû être infailliblement un poison, par exemple » une once d'émétique au lieu de deux ou trois grains, toute » la responsabilité de ce fait retombe sur lui, sans qu'il soit » nécessaire, à l'égard de la responsabilité purement civile, » de rechercher s'il y a eu, de sa part, intention coupable; » il suffit qu'il y ait eu négligence, légèreté ou méprise gros- » sière, et par là même inexcusable » (1).

C'est dire que le médecin ne répond pas de ses fautes professionnelles quand elles ne constituent pas un manquement aux préceptes de son art si définitivement et universellement reçus qu'il est vraiment inexcusable de les avoir ignorés ou négligés (fautes lourdes).

Appliquant ces idées à l'anesthésie générale, nous dirons que la responsabilité du médecin n'est pas engagée, en cas d'accident, s'il a vérifié, avant d'endormir le malade,

(1) *Apud* Brouardel, *la Responsabilité Médicale*, p. 37 et 38.

si son état lui permettait de la supporter, si, en la pratiquant, il a pris les précautions d'usage, et si, à la première crainte de syncope il a donné tous ses soins au malade pour le ranimer.

La question fut vivement agitée en 1853. Un jeune médecin, après avoir pratiqué une anesthésie, dont son malade était mort, avait été condamné à 50 fr. d'amende en correctionnelle. Il fit appel. Devant la Cour, le célèbre Velpeau critiqua cette sévérité en montrant, en termes élevés, les conséquences déplorables qu'elle amènerait.

« Vous tenez entre vos mains l'avenir de la chirurgie; la question intéresse le public plus que le médecin. Si vous condamnez le chirurgien qui a employé le chloroforme, aucun de nous ne consentira désormais à l'employer; aucun médecin, s'il sait qu'à la suite d'un accident impossible à prévoir, il encourt une responsabilité, ne voudra plus l'administrer. C'est à vous de maintenir l'abolition de la douleur ou de la réinventer» (1).

Entraînant par des paroles si justes et si pressantes les magistrats de la Cour de Paris, il obtint la réformation du jugement et l'acquittement du médecin poursuivi (2).

Depuis lors les Tribunaux n'avaient jamais changé d'opinion. Notamment un médecin fut successivement acquitté par le Tribunal et la Cour d'Alger, dans des poursuites pour homicide par imprudence, quoiqu'il eût pratiqué l'anesthésie dans des conditions déplorables (que le texte de ces décisions ne précise pourtant pas), parce qu'elles ne constituaient point à proprement parler une faute lourde (3).

Pour la première fois depuis plus de cinquante ans le

(1) *Apud* Brouardel, l'*Exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 382.

(2) Paris, 30 juin 1853, *Le Droit*, 1er juillet 1853.

(3) Trib. d'Alger, 4 déc. 1893, et C. d'Alger 17 mars 1894, *Sirey*, 1895, 2, 237; *Dalloz*, 1895, 2, 69.

Tribunal de Château-Thierry a rompu avec cette jurisprudence.

Cependant, l'expert constatait dans son rapport que l'état du malade ne présentait aucune contre-indication à l'anesthésie, que l'opérateur avait employé moins de 9 gr. de chloroforme, que s'apercevant de la syncope dès la seconde expiration, il avait placé le malade complètement à plat, ordonné d'aérer largement la pièce, frappé la poitrine d'un linge imbibé d'eau froide, fait dès le début une piqûre d'éther, insufflé directement de l'air dans la bouche, procédé à des tractions rythmées de la langue, et surtout pratiqué la respiration artificielle pendant une heure et demie (1).

Pour condamner malgré cela l'opérateur, il ne fallait pas moins que la théorie toute nouvelle de ce Tribunal sur les obligations des médecins dans l'anesthésie. Aussi la Cour, repoussant ces obligations, a-t-elle décidé que le prévenu, exempt de toute faute opératoire, n'encourait aucune responsabilité.

Le médecin ne s'exposerait à une condamnation que pour fautes si grossières que tout médecin consciencieux s'en fût abstenu; par exemple s'il a omis sans raison de faire coucher le malade, s'il avait donné une dose telle de chloroforme qu'elle devait fatalement tuer, s'il avait chloroformisé un malade d'une faiblesse telle qu'il devait certainement succomber, si après avoir constaté la syncope il avait abandonné son malade sans lui donner aucun soin, ou même ne l'avait pas traité avec persistance (2).

De telles hypothèses ne se présentent guère dans la réalité.

(1) Rapport du docteur Saint-Cène, *Ann. hyg. pub.*, 1906, v, p. 486.

(2) Chassevant, rapport précité, *Bull. Soc. méd. lég.* 1906, p. 12.

Une question très débattue est celle de la nécessité d'un aide et des connaissances qu'il doit posséder.

Est-il nécessaire, en cas de chloroformisation, de se procurer un aide chargé de surveiller constamment et uniquement l'anesthésie?

La pratique médicale et la jurisprudence des tribunaux ne l'imposent pas, lorsque l'opération est suffisamment simple pour permettre à l'opérateur de surveiller les effets du chloroforme. Spécialement il en est ainsi quand il s'agit d'obtenir une anesthésie très courte, suffisante pour amener la résolution musculaire, comme c'était le cas dans l'hypothèse soumise au Tribunal de Château-Thierry, où le médecin voulait seulement examiner, sous le chloroforme, l'état exact d'une épaule démise et mal réduite. Brouardel observait qu'alors l'opération comporte deux phases successives et tellement distinctes que si elles étaient confiées à deux personnes, une seule agirait à la fois : première phase, anesthésie; deuxième phase, examen de l'articulation (1).

Dans les cas où il est nécessaire de confier le chloroforme à un aide, celui-ci doit-il être médecin? L'usage ne l'exige pas non plus, puisqu'il y aura toujours un médecin, l'opérateur, pour examiner par avance l'état du malade, donner à l'aide les instructions relatives à l'administration du chloroforme, et faire le nécessaire en cas d'alerte.

Mais au moins faut-il que l'aide soit suffisamment habitué aux anesthésiques pour en surveiller utilement les effets.

La loi sur la Médecine (art. 32, § 2) nous fournit un argument d'analogie en permettant aux dentistes non diplômés d'anesthésier en présence d'un médecin.

La jurisprudence des tribunaux n'impose pas un aide

(1) Rapport précité, *Ann. hyg. pub.* 1906, v, p. 497.

médecin et se contente d'une personne habituée aux anesthésies (1).

En cas de faute prouvée, encore faudrait-il établir quelle est la cause immédiate de l'accident. Le juge n'a pas, en effet, le droit d'examiner le mécanisme des phénomènes pathologiques objets de discussions médicales (2). Dans l'affaire soumise à la Cour d'Alger dont nous parlions plus haut, le petit malade s'étant réveillé, sa mort survenue un peu après n'était pas la conséquence immédiate de l'anesthésie, et le médecin fut acquitté (3).

Les conséquences de la responsabilité du médecin quand elles sont engagées peuvent être doubles : la responsabilité civile (art. 1382 du Code civil), qui l'oblige à indemniser la famille de sa victime; et la responsabilité pénale (art. 319 du Code pénal), qui l'expose aux peines de l'homicide par imprudence. Dans l'affaire soumise à la Cour d'Alger, on mettait en jeu sa responsabilité pénale; dans celle qui était soumise au Tribunal de Château-Thierry, on n'invoquait que sa responsabilité civile.

(1) Trib. d'Alger, 4 déc. 1893 et C. d'Alger 17 mars 1894, précités.

(2) *Semaine Médicale*, 1906, p. 411; Hunter, *Empoisonnement tardif par le chloroforme; sa nature, sa prophylaxie.*

(3) Trib. et C. d'Alger, précités.

CHAPITRE VI

L'Anesthésie générale dans les expertises civiles (Accidents du travail)

Comme nous espérons l'avoir démontré, l'usage du chloroforme se justifie quand il a pour but la guérison du malade; mais en est-il de même dans les expertises où l'on cherche uniquement à faire une preuve en justice?

Son emploi se justifie aisément en matière criminelle. L'intérêt de la société tout entière à la répression légitime évidemment l'emploi de mesures aussi radicales, lorsqu'elles sont nécessaires à l'établissement de la vérité.

La question change quand on parle d'expertise civile. Ici l'on ne trouve plus en présence que des intérêts particuliers, égaux entre eux, et le plus souvent purement pécuniaires. Si restreints que soient les risques de l'anesthésie générale, ils sont pourtant indéniables. Les intérêts en cause sont-ils suffisants pour qu'on fasse abstraction de ses risques?

La difficulté possède un grand intérêt pratique. Tandis que les hypothèses où il est nécessaire de recourir au chloroforme sont rares en matière criminelle, au contraire au civil elles deviennent de plus en plus fréquentes, surtout depuis la mise en vigueur de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail industriel, et des lois qui l'ont étendue

aux exploitations agricoles (loi du 30 juin 1899) et aux entreprises commerciales (loi du 12 avril 1906).

Pour estimer avec exactitude l'importance du dommage éprouvé par la victime d'un accident du travail ou autre, spécialement pour déterminer d'une façon rigoureuse, comme l'ordonne la loi précitée, l'incapacité de travail éprouvée par un ouvrier, il est souvent nécessaire d'y recourir.

C'est le meilleur procédé pour déjouer les simulations de paralysies, de contractures, d'ankylose, de surdi-mutité, etc. (1).

Brouardel nous rapporte deux cas où l'anesthésie fut jugée nécessaire par les experts. Dans l'un, il s'agissait de s'assurer de la réalité d'une prétendue contracture, dans l'autre, de distinguer une ossification massétérienne d'une contracture (2).

Au premier abord, il semble que la chloroformisation ne rencontrera jamais de difficulté dans les expertises civiles. Le plaideur, en refusant l'anesthésie, ne fait-il pas nécessairement douter de la sincérité de ses prétentions; comment donc refuserait-il de s'y soumettre?

Pratiquement la question est plus complexe. Les personnes étrangères aux idées médicales, et spécialement celles de la classe ouvrière souvent peu intelligentes et peu instruites, se font de l'anesthésie un épouvantail, au point de mieux aimer souffrir d'une infirmité sans la faire opérer, ou supporter la douleur d'une opération à l'état de veille que de se laisser endormir. On jugera par là de leur résistance pour accepter l'anesthésie quand elle ne doit pas servir au rétablissement de leur santé, comme dans l'expertise.

(1) Forgue et Jeanbrau, *Guide pratique du Médecin des accidents du travail*, p. 230.

(2) Brouardel, *La profession médicale au commencement du* XXme *siècle*, p. 118.

Deux questions différentes doivent être envisagées : l'expert peut-il proposer l'anesthésie. et dans quels cas? Peut-on se passer du consentement d'un plaideur pour l'endormir?

1° En acceptant la thèse du Tribunal de Château-Thierry qui tend à restreindre l'emploi du chloroforme en vue de la santé des malades aux seules hypothèses où sa vie se trouve en danger, il n'est pas douteux qu'on n'y doit jamais songer dans une expertise civile.

Mais se rallierait-on à l'arrêt d'Amiens qui en permet l'usage le plus étendu pour le soulagement des malades, la question ne se trouve pas tranchée nécessairement. Qui dit chloroforme dit risques, aussi ne doit-on l'employer qu'à défaut d'autres moyens, et lorsqu'en fait toute chance exceptionnelle d'accident se trouve écartée.

Telle est la solution à laquelle s'est ralliée la Société de Médecine légale sur le rapport du docteur Chassevant (1). Elle paraît si raisonnable que Brouardel, lui donnant sa complète adhésion, la proposait comme règle générale de conduite dans les expertises civiles (2).

2° Peut-on se passer du consentement d'un plaideur pour l'anesthésier, et quel est l'effet de son refus?

Cette difficulté s'est présentée il y a quelques années devant le Conseil de préfecture de la Seine. Un ouvrier, ayant eu la clavicule brisée en travaillant dans une église, soutenait que sa blessure avait amené une paralysie du bras, et poursuivait en indemnité la Fabrique de Saint-Eustache et la ville de Paris. Flairant une supercherie, les experts proposèrent l'anesthésie générale que l'ouvrier refusa. Le juge décida qu'on ne pouvait l'y contraindre,

(1) *Bulletin de la Société de Médecine légale*, 1905, p. 113.

(2) Brouardel, rapport précité, *Ann. hyg. pub.*, 1906, v, p. 501.

sauf à lui à justifier autrement sa demande en indemnité (1).

Cette décision généralement approuvée par les juristes, et dont on pourrait rapprocher d'autres analogues, énonce un principe admis même hors du monde judiciaire.

C'est ainsi que la Société de Médecine légale a voté une résolution, le 10 avril 1905, d'après laquelle l'expert ne doit pas user de l'anesthésie sans l'autorisation du patient (2).

De même le Ministère de la guerre estime que, dans les expertises médico-militaires, on doit proscrire l'emploi des anesthésiques sans la volonté de l'intéressé (3).

En présence de ce faisceau d'autorités, l'expert doit donc s'abstenir soigneusement de chloroformiser un plaideur sans son aveu. En outre, il fera bien, s'il n'y a pas de témoins, de se faire donner par écrit son consentement par l'intéressé, pour éviter plus tard toute difficulté (4).

D'autre part la jurisprudence ne considère pas le refus de l'anesthésie comme entraînant fatalement pour un plaideur la perte de son procès. Leur respect de la liberté humaine empêche les juges de contraindre ainsi indirectement un plaideur à l'acceptation d'une mesure qu'on n'a pas le droit de lui imposer directement.

Celui-ci doit dans ce cas justifier autrement ses prétentions. C'est alors que devient difficile la position du médecin expert. Il ne peut plus, en effet, refuser l'expertise après l'avoir acceptée.

(1) Conseil de Préfecture de la Seine, 14 mai 1889, *le Droit*, 17 mai 1889.

(2) *Bulletin de la Société de Médecine légale*, 1905, p. 117.

(3) *Instruction sur l'aptitude physique au service militaire du* 31 *janvier* 1904, *Bull. Soc. Méd. lég.* 1905, p. 41.

(4) Brouardel, *la Profession Médicale au commencement du* XXme *siècle*, p. 120; Forgue et Jeanbrau, *op. cit.*, p. 230.

Cependant, comme il n'est pas tenu de trouver coûte que coûte un moyen de justifier les prétentions du plaideur qu'il désirait examiner sous le chloroforme, il ne devra pas hésiter à déclarer au besoin dans son rapport que l'anesthésie était, à son avis, le seul procédé certain d'apprécier exactement les prétentions du plaideur, par exemple de déjouer une simulation (1).

Il appartiendra ensuite au juge d'apprécier si, faute d'autres justifications, il doit rejeter la demande comme insuffisamment prouvée, ou même si, en présence de la déclaration des experts, il ne doit pas tenir pour suspectes les autres justifications que le plaideur tenterait de lui apporter.

(1) Forgue et Jeanbrau, *op. cit.*, p. 230.

CONCLUSIONS

1° La peur de l'anesthésie constitue une prédisposition à la syncope au début de l'anesthésie générale;

2° Il faut donc rassurer autant que possible le patient et lui éviter toute appréhension des dangers de l'anesthésie;

3° Il n'est pas possible de fixer des règles absolues au point de vue des indications pour mettre en œuvre l'anesthésie générale plutôt que l'anesthésie locale; trop de facteurs propres au malade, au milieu, au médecin, interviennent pour faire varier les indications, les motifs et les dangers de chaque méthode;

4° Il nous paraît préférable, dans les cas où une intervention *urgente* est nécessaire pour sauver la vie d'un malade, de ne pas lui exposer les dangers tenant à l'anesthésie. Mais nous considérons que c'est une règle de prudence de prévenir les malades, *en dehors des cas d'urgence*, des risques inhérents à toute anesthésie générale, de même qu'on doit le prévenir des risques de l'intervention;

5° D'après la jurisprudence, le médecin peut endormir chaque fois qu'il le croit nécessaire : en cas d'urgence, sans aucune autorisation; dans les autres hypothèses, avec

le consentement du malade, mais sans être jamais tenu de lui exposer en détail les dangers de l'anesthésie générale;

6° Dans l'expertise civile, l'anesthésie générale peut être proposée par l'expert lorsqu'elle est sérieusement utile, mais ne doit être pratiquée qu'avec le consentement de la personne examinée.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 Juillet 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 Juillet 1908.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
délégué,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

BÉGOUIN : *Le Jugement du Président Magnaud* (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 novembre 1905, p. 830).

BROUARDEL : *La Responsabilité médicale. — Mort pendant la chloroformisation* (*Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, 1906, t. V, p. 481 et s.).

BROUARDEL : *L'Exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 370 et s.).

BROUARDEL : *La Profession médicale au commencement du XXe siècle* (p. 118 et s.).

CHASSEVANT : *De la responsabilité médicale dans l'emploi des anesthésiques* (*Bulletin de la Société de Médecine légale*, 1906, p. 3 et s.).

CHASSEVANT : *Sur l'Emploi des Anesthésies et de la Radiographie dans les Expertises* (*Bulletin de la Société de Médecine légale* (1905, p. 111 et s.).

GRANJUX : *Des Anesthésiques et de la Radiographie dans les Expertises* (*Bulletin de la Société de Médecine légale*; 1905, p. 40 et s.).

MAUCLAIRE : *De la responsabilité médicale dans les cas de chloroformisation mortelle* (*Bulletin de la Société de Médecine légale*, 1906, p. 34 et s.).

DE MAURANS : *Le Médecin qui emploie l'Anesthésie chloroformique pour une opération sans danger doit-il prévenir le malade du péril très hypothétique de mort subite ?* (*Semaine médicale* du 28 novembre 1906, annexe n° CXCI).

MÉRIGNHAC : Note sous l'arrêt de la Cour d'Amiens du 14 février 1906 (*Recueil Dalloz*, 1907, 2, p. 45).

SAINT-CÈNE : Rapport devant le Tribunal de Château-Thierry dans l'affaire Prévost (*Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, 1906, t. V, p. 482 et s.).

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 5

CHAPITRE PREMIER

Faut-il prévenir le patient des dangers de l'anesthésie générale ? 13

CHAPITRE II

Les inconvénients résultant de l'avertissement du malade. — La mort par inhibition 19

CHAPITRE III

Les dangers immédiats réels de l'anesthésie 25

CHAPITRE IV

Limites du droit à l'anesthésie générale. — Quand doit-on lui substituer l'anesthésie locale 29

CHAPITRE V

L'anesthésie générale devant la jurisprudence 33

SECTION PREMIÈRE. — *Conditions requises pour l'anesthésie générale* 33

§ 1. Questions relatives au patient 33

§ 2. Questions relatives à la famille du malade 36

§ 3. Questions relatives à l opérateur..... 37
§ 4. Questions relatives à l'opération..... 40
§ 5. Cas d'urgence..... 42

SECTION II. — *Responsabilité en cas d'anesthésie générale* .. 43

CHAPITRE VI

L'anesthésie générale dans les expertises civiles 49

CONCLUSIONS 54

BIBLIOGRAPHIE 56

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.